

## INFORMACION DE REEVALUACION - PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA ADOPCIONES (AAP)

NOMBRE DEL NIÑO(A)
FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO
NUMERO DEL CASO DEL NIÑO EN RELACION AL BENEFICIO DE AAP
CONDADO
FECHA LIMITE (14 DIAS DESPUES DE LA FECHA EN QUE SE ENVIO)

El propósito de este formulario es proporcionarle a la oficina/agencia de adopciones información actualizada sobre las necesidades del niño para el cual usted recibe un beneficio de AAP y cobertura del Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal). Es posible que se interrumpa o se atrase su beneficio, si no completa este formulario y si no lo devuelve antes de que pasen dos semanas (14 días) a partir de la fecha en que se envió. Si para la fecha límite usted no devuelve este formulario a la oficina/agencia de adopciones, dicha oficina/agencia concluirá que ya no se requiere el beneficio de AAP y es posible que se descontinúe ese beneficio y la cobertura de Medi-Cal. **Por favor complete, firme, y póngale la fecha a este formulario antes de que pasen dos semanas.** Adjunte hojas adicionales si es necesario y envíelo a:

NOMBRE DE LA OFICINA/AGENCIA DE ADOPCIONES
DIRECCION
TELEFONO (      )

### Marque (✓) una de las siguientes casillas:

- Nosotros somos legalmente responsables del mantenimiento del niño y lo estamos manteniendo.
- Nosotros ya no somos legalmente responsables del mantenimiento del niño.
- Nosotros ya no mantenemos al niño.

### Marque (✓) una de las siguientes casillas:

1. Yo (o nosotros) ya no deseo recibir un beneficio de AAP y/o ya no deseo recibir cobertura de Medi-Cal para el niño cuyo nombre aparece arriba. Si cambian las necesidades del niño, entonces yo (o nosotros) podré ponerme en contacto con la oficina/agencia.
2. Yo (o nosotros) continúo necesitando el beneficio de AAP y/o cobertura de Medi-Cal para el niño cuyo nombre aparece arriba. Las necesidades del niño no han cambiado suficientemente para justificar una reducción en el nivel del pago. Tampoco ha habido un cambio en los ingresos del niño. Yo (o nosotros) pido que el beneficio de AAP continúe en el nivel actual. Yo (o nosotros) entiendo que la fecha para la siguiente reevaluación será en \_\_\_\_\_  
FECHA DE LA PROXIMA REEVALUACION
3. Yo (o nosotros) continúo necesitando el beneficio de AAP y/o cobertura de Medi-Cal para el niño cuyo nombre aparece arriba. Yo (o nosotros) estoy pidiendo un aumento en el beneficio de AAP porque han cambiado las necesidades del niño. Yo (o nosotros) le estoy proporcionando a la oficina/agencia la siguiente información para ayudarlo a determinar si se otorgará o no un aumento en la asistencia, y si se otorgará, en qué cantidad. **(Por favor complete la SECCION I.)**
4. Yo (o nosotros) continúo necesitando el beneficio de AAP y/o cobertura de Medi-Cal para el niño cuyo nombre aparece arriba. Yo (o nosotros) estoy pidiendo que el beneficio de AAP se reduzca a \$\_\_\_\_\_ porque han cambiado las necesidades del niño. Yo (o nosotros) entiendo que en cualquier momento que las necesidades del niño cambien, podré ponerme en contacto con la oficina/agencia para renegociar el beneficio de AAP.

